

**NOTICE OF DISQUALIFICATION
 NOTIFICACION DE DESCALIFICACION**

La información personalmente identificable será usada solo por la administración directa de Programas de Asistencia al Público (Public Assistance Programs.)

Nombre		Fecha	
CARES PIN	Numero de Caso		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Usted esta siendo descalificado del programa(s) siguiente(s):

- Wisconsin Works (W-2) Child Care Assistance (CC) FoodShare Wisconsin

Usted esta siendo descalificado porque:

- Usted fue encontrado culpable de una Violación Intencional al Programa en la audiencia administrativa el _____.
- Usted renuncio a su derecho a una descalificación por una audiencia administrativa.
- Usted firmo un Consentimiento de Descalificación, como parte del Acuerdo de Proceso por Malversación.
- Usted fue encontrado culpable de una Violación Intencional al Programa en un tribunal de justicia.

Si usted actualmente esta recibiendo W-2, usted:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recibirá una (1) amonestación porque esta fue su primera violación. No hay periodo de descalificación. | <input type="checkbox"/> Recibirá dos (2) amonestaciones porque esta fue su segunda violación. No hay periodo de descalificación. | <input type="checkbox"/> Recibirá tres (3) amonestaciones y será permanentemente descalificado de su actual W-2 posición de trabajo. |
|---|---|--|

Si usted actualmente esta recibiendo Child Care Assistance, usted:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recibirá una (1) amonestación porque esta fue su primera violación. No hay periodo de descalificación. | <input type="checkbox"/> Recibirá dos (2) amonestaciones porque esta fue su segunda violación. No hay periodo de descalificación. | <input type="checkbox"/> Recibirá tres (3) amonestaciones y será permanentemente descalificado de su actual W-2 posición de trabajo. |
|---|---|--|

A partir del _____, usted será descalificado de FoodShare Wisconsin por:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Un (1) año porque esta fue su primera violación. | <input type="checkbox"/> Dos (2) años porque esta fue su segunda violación. | <input type="checkbox"/> Permanentemente porque esta fue su tercera violación. |
|---|---|--|

Sus pagos de W-2 terminaran El _____.	Su Child Care Assistance terminara El _____.	Sus beneficios de FoodShare terminaran El _____.
--	---	---

Si ahora usted no esta recibiendo W-2 o Child Care Assistance usted será sujeto a la pena de descalificación mencionada anteriormente cuando usted solicite y sea elegible para los programas otra vez. Si usted no esta satisfecho con esta decisión, usted puede apelar esta decisión en un tribunal de justicia. Esta decisión no previene al estado o gobierno federal de demandarlo por una violación intencional al programa resuelto en un tribunal de justicia.

Aunque usted o un miembro de su grupo familiar haya sido descalificado de participar, otros miembros de su grupo familiar pueden continuar siendo elegibles para los beneficios de FoodShare. Contacte la agencia W-2 de servicios humanos o servicios sociales de su condado/tribu, si usted desea solicitar otra vez estos programas.

Si usted no ha tenido una Audiencia Justa, usted puede solicitar una Audiencia Justa para sus pagos de Child Care o beneficios de FoodShare si usted no esta satisfecho con la decisión de la agencia. Usted puede solicitar una Audiencia Justa por escrito o en persona con la agencia local. Usted también puede solicitar una audiencia justa escribiendo al Department of Administration, Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53707-7875 o llamando al 1-608-266-7709. Su solicitud debe de ser recibida (1) entre los 45 días siguientes a la fecha de entrada en vigor de la acción por Child Care y, (2) entre los 90 días siguientes a la fecha de la entrada en vigor de la acción para FoodShare Wisconsin. La solicitud de una audiencia justa para Child Care debe de ser separada de la solicitud de una audiencia justa para FoodShare Wisconsin.

Si usted no esta satisfecho con la decisión de W-2, usted puede solicitar una Revisión de los Factores que influyeron para tomar la decisión (Fact Finding Review) escribiendo a su trabajador o a la agencia de W-2 entre los 45 días siguientes a la fecha de la decisión.

Si usted tiene preguntas comuníquese con el encargado de su caso.